

## مقایسه درک پرستار و بیمار از کیفیت کنترل درد در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر

طاهره مقدس<sup>۱\*</sup>، مژگان بقایی<sup>۲</sup>، احسان کاظم نژاد<sup>۳</sup>، مریم مومنی<sup>۴</sup>، میترا صدقی ثابت<sup>۵</sup>

۱. کارشناسی ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، مازندران، ایران
  ۲. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت، گیلان، ایران
  ۳. دکترای آمار حیاتی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت، گیلان، ایران
  ۴. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی قزوین، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت، قزوین، ایران
  ۵. کارشناس ارشد آموزش پرستاری، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی گیلان، دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت، گیلان، ایران
- \* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۱۳۴۹۷۱۸ ایمیل: t.moghadas@gmail.com

### چکیده

**زمینه و هدف:** کنترل درد از چالش‌های عمده پرستاران است. پرستاران باید دارای مهارت لازم در بررسی کامل درد و تسکین آن و همچنین درک انتظارات بیمار و یا سوء برداشت‌های او باشند. با توجه به اهمیت هماهنگی بین درک پرستار و بیمار از کنترل درد، هدف از تحقیق حاضر مقایسه درک پرستار و بیمار از کیفیت کنترل درد در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر بود.

**روش کار:** این پژوهش مقطعی مقایسه‌ای بر روی ۱۰۸ بیمار تحت جراحی پیوند عروق کرونر و پرستاران آنان در شهر رشت در سال ۱۳۸۹ صورت گرفت. ابزار پژوهش مشتمل بر سه پرسشنامه جمعیت شناختی، پرسشنامه استاندارد کنترل درد بعد از جراحی و ابزار بررسی رضایت بیمار از تسکین درد بود. نمونه‌گیری بیماران به روش مستمر و گردآوری داده‌ها با استفاده از روش مشاهده پرونده و مصاحبه با نمونه‌های دارای مشخصات تعیین‌شده انجام شد و با کمک آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی (آنوا، اسپیرمن، تی و ویلکاکسون) تحت نرم افزار SPSS، ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد که میانگین نمره درک از کل مراقبت مرتبط با درد و تمامی حیطه‌های آن به جز محیط ( $p < 0/001$ ) و همچنین میانگین درک رضایت بیمار از تسکین درد در پرستاران به‌طور معنی‌داری بالاتر از بیماران ( $p < 0/028$ ) بود.

**نتیجه‌گیری:** اختلاف معنی‌دار موجود بین درک پرستار و بیمار از ارائه مراقبت مرتبط با درد در این تحقیق لزوم توجه به برنامه‌ریزی ویژه جهت استاندارد سازی مراقبت درد و ارتقاء راهکارهایی برای ارتباط درمانی موثر بیمار و پرستار و درک مناسب نیازهای بیمار توسط پرستار را برجسته می‌سازد.

**واژه‌های کلیدی:** کنترل درد، رضایت بیمار، پرستار، جراحی پیوند عروق کرونر

پذیرش: ۹۲/۱۱/۱۲

دریافت: ۹۲/۷/۱

### مقدمه

ناراحتی مددجویان به ویژه در مرحله پس از جراحی است (۳). به طوری که حدود ۴۰ تا ۶۰ درصد این بیماران از درد شدید شکایت می‌نمایند. این عارضه در جراحی‌های بزرگی چون پیوند عروق کرونر، نیز مطرح است (۴). این جراحی بزرگ که آمار جهانی

کنترل درد با هدف جلوگیری، کاهش یا تسکین درد، از موارد اصلی تمرکز در ارتقای کیفیت سیستم‌های مراقبتی (۱) و از چالش‌های عمده پرستاران است (۲). چرا که درد از جمله شایع‌ترین شکایات و عامل

تقریباً ۶۰۰۰۰۰ مورد در سال برای آن گزارش شده (۵)، ۶۰ درصد از کل اعمال جراحی قلب باز در ایران را تشکیل داده (۶) و مانند هر جراحی دیگری می‌تواند با درد و ناراحتی برای بیمار همراه باشد. چنانچه تحقیقات نشانگر تجربه درد با شدت متوسط تا شدید در این بیماران بوده است (۷). در این راستا فرل<sup>۱</sup> در تحقیق خود روی بیماران تحت عمل جراحی پیوند عروق کرونر میانگین شدت درد بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر، در ۲۴ ساعت اول پس از انتقال از بخش مراقبت ویژه به بخش جراحی را ۵/۷ در محدوده نمرات ۰ تا ۱۰ نشان داد (۸). بنابراین تسکین درد بعد از عمل به عنوان یکی از مهم‌ترین توجهات و مراقبت‌ها از بیمار تحت جراحی قلب و خانواده آنان است (۹)، چرا که تسکین و اداره درد می‌تواند موجب کاهش بیماری‌زایی، تسهیل بهبودی سریع و برگشت به عملکرد قبلی، ترخیص زودتر از بیمارستان و ارتقای کیفیت زندگی مددجویان گردد (۱۰). با وجود شیوع بالای این مشکل و پیشرفت‌های علمی در خصوص درمان درد، هنوز دوسوم بیماران تحت جراحی در آمریکا از تسکین ناکافی درد خود شکایت دارند. البته ذهنی‌بودن درد، شاید مشکل عمده موجود در دستیابی به هدف تسکین درد بیماران توسط مراقبین بهداشتی باشد. زیرا درد تجربه‌ای است که به تعبیر خود فرد وابسته بوده و هر فرد به روشی متفاوت آن را بروز می‌دهد. این ویژگی، بررسی کاملاً دقیق درد را مشکل می‌سازد (۱۱).

در این رابطه کمسیون مشترک کتابخانه ملی از نشانگرهای مراقبت بهداشتی، با تاکید بر اهمیت کنترل موثر درد، بررسی کیفیت کنترل درد در ۳ حیطه ارائه مراقبت (شامل برقراری ارتباط، اعتماد، اقدام مناسب و شرایط محیطی مناسب)، رضایت مددجویان و کسب نتایج مطلوب را ضروری دانسته

است (۹). نکته مهمی که در این زمینه لازم است مورد توجه قرار بگیرد آن است که ذهنی‌بودن ماهیت درد می‌تواند موجب تفاوت میان درک پرستاران و بیماران شود. این نکته از آن نظر اهمیت دارد که پرستاران بطور مشخص برنامه‌ریزی و اجرای تدابیر تسکین‌دهنده درد بیماران را با توجه به درک خود از درد بیمار انجام می‌دهند (۸). بنابراین پرستاران بیش از سایر اعضای تیم مراقبت نیاز به درک درد و انتظارات بیمار و سوء برداشت‌های او و همچنین مهارت در بررسی کامل و در نهایت تسکین درد بیماران دارند (۷).

با توجه به اهمیت هماهنگی بین درک پرستار و بیمار از کنترل درد و همچنین لزوم عملکرد مبتنی بر شواهد در اداره مطلوب آن (۱۲)، پژوهشگران بر آن شدند که به مقایسه درک پرستار و بیمار از کیفیت کنترل درد، در دو بعد ارائه مراقبت و رضایت بیمار بپردازند. زیرا اندازه‌گیری کیفیت مراقبت از بیمار و تعیین موارد نیازمند ارتقاء از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (۱۳). در این راستا جاپویل<sup>۲</sup> و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که در بیمارستان‌هایی که بیماران آنها از رضایت بیشتری برخوردار هستند، آمارهای مرتبط با طول مدت بستری و مرگ و میر بیماران کمتر از دیگر بیمارستان‌ها است (۱۴). با توجه به اهمیت هماهنگی بین درک پرستار و بیمار از کنترل درد، تحقیق حاضر با هدف مقایسه درک پرستار و بیمار از کیفیت کنترل درد در بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر انجام گرفت.

### روش کار

این پژوهش مقایسه‌ای روی بیماران تحت جراحی کرونری بستری در بخش‌های جراحی قلب مرکز آموزشی درمانی دکتر حشمت شهر رشت در محدوده زمانی ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از انتقال از

<sup>۱</sup> Ferrell

<sup>۲</sup> Jaipaul

۱۰۸ پرسشنامه در زمینه درک از کیفیت کنترل درد بیماران تحت جراحی پیوند عروق کرونر تکمیل گردید.

گردآوری داده‌ها با استفاده از ابزار ۳ بخشی شامل اطلاعات فردی، پرسشنامه استاندارد کنترل درد بعد از جراحی ارائه‌شده توسط کمیون مشترک کتابخانه ملی (۱۵) و ابزار عددی BPI<sup>۲</sup> برای بررسی رضایت بیمار از تسکین درد (۱۶) انجام شد. پرسشنامه اطلاعات فردی مربوط به پرستار شامل سوابق کار، ارتباط با سن، جنسیت، تحصیلات، سابقه کار، سابقه کار در بخش جراحی قلب، وضعیت استخدامی، شیفت کاری و وضعیت تاهل و سابقه عمل جراحی بود. همچنین سن، جنسیت، سابقه بستری، سابقه عمل جراحی، سابقه درد قفسه سینه، تحصیلات و وضعیت تاهل از اطلاعات فردی مورد نظر در پرسشنامه مخصوص بیماران بودند.

پرسشنامه ۱۴ عبارتی کنترل درد بعد از جراحی با زیر گروه‌های اعتماد (۴ عبارت)، فعالیت (۴ عبارت)، محیط (۳ عبارت) و ارتباط (۳ عبارت) با پاسخ‌های لیکرت ۵ گزینه‌ای دارای طیفی از کاملاً مخالفم (امتیاز ۱) تا کاملاً موافقم (امتیاز ۵) جهت بررسی درک بیماران از کیفیت کنترل درد استفاده گردید. نمرات حاصل از این پرسشنامه در محدوده ۷۰-۱۴ بوده و به صورت میانگین (محدوده ۵-۲) گزارش گردید. این ابزار همچنین با انجام تغییراتی شامل حذف ۲ عبارت (پرستاران تا زمان ابراز رضایت من کمک می‌کنند و تعداد کافی پرستار برای پاسخ سریع به درخواست تسکین درد وجود دارد) و تغییر نحوه پرسش سؤالات آن جهت پاسخگویی پرستاران برای بررسی درک پرستاران از کیفیت کنترل درد بیماران استفاده شد. در انتها میانگین نمره نمونه‌ها از ارائه مراقبت مرتبط با درد مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. مجموع امتیاز کل پرسشنامه در پرستاران در محدوده ۶۰-۱۲ بود که به صورت میانگین (محدوده

بخش مراقبت ویژه و پرستاران مراقبت‌کننده از آنان در سال ۱۳۸۹ صورت گرفت. برآورد حجم نمونه در این پژوهش با توجه به نتایج حاصله از مطالعه ایدوال<sup>۱</sup> و همکاران در سودان با هدف مقایسه ارزیابی پرستار و بیمار از کیفیت مراقبت در کنترل درد بعد از عمل (۱۵) و با استفاده از فرمول تعیین حجم نمونه زیر با ضریب اطمینان ۰/۹۵ و قدرت آزمون ۰/۹۰ انجام شد که بر اساس آن تعداد ۱۰۸ نمونه تعیین گردید.

$$N = \frac{(Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2} = \frac{(1/96 + 1/28)^2 (1^2 + 1^2)}{(4/5 - 4/4)^2} = 108$$

نمونه‌های گروه بیمار به روش مستمر از میان بیماران دارای معیارهای ورود (عدم وابستگی و اعتیاد به مواد مخدر بر اساس اطلاعات ثبت شده در پرونده، بستری در بخش جراحی قلب در محدوده زمانی ۲۴ تا ۴۸ ساعت پس از انتقال از ICU، فقدان سابقه بیماری عصبی- روانی تشخیص داده شده (آلزیمر، دمانس و غیره) طبق موارد ثبت شده در پرونده و اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش) انتخاب شدند. سپس هر پرستار مراقبت‌کننده از بیمار مورد بررسی با معیار ورود به مطالعه (حداقل شش ماه سابقه کار در بخش جراحی قلب، داشتن حداقل مدرک کارشناسی پرستاری، فقدان بیماری عصبی- روانی تشخیص داده شده (آلزیمر، دمانس...) طبق گزارش خود و اعلام رضایت جهت شرکت در پژوهش) به عنوان نمونه گروه پرستاران انتخاب شدند. بدین ترتیب، با توجه به تعداد محدود پرستاران شاغل در محیط پژوهش و فعال در امر مراقبت از بیمار در زمان نمونه‌گیری (۲۰ پرستار) و این واقعیت که هر پرستار در یک شیفت، بیش از یک بیمار را مورد مراقبت قرار می‌داد؛ عمدتاً درک هر پرستار در زمینه کیفیت اداره درد در ۶-۴ نمونه بیمار مورد ارزیابی قرار گرفت. بدین ترتیب تعداد

<sup>۲</sup> Brief Pain Inventory

<sup>۱</sup> Idvall

۵-۲) گزارش گردید. تجزیه و تحلیل و مقایسه داده‌ها به دلیل حذف ۲ عبارت از پرسشنامه درک از ارائه مراقبت در گروه پرستاران و تفاوت در مجموع نمرات در دو گروه (۶۰ در پرستاران و ۷۰ در بیماران) نیاز به یکسان‌سازی داشت. از این رو جهت به‌دست آوردن میانگین درک از کنترل درد، مجموع امتیاز کسب شده توسط هر فرد احتساب، سپس نمره به‌دست آمده در گروه بیماران به ۷۰ و در گروه پرستاران به ۶۰ تقسیم گردیده، عدد به‌دست آمده در عدد ۵ ضرب شد. که عدد به‌دست آمده میانگین نمره درک هر فرد از ارائه مراقبت مرتبط با درد بود. ابزار BPI، برداری با طیف یک (عدم رضایت) تا ده (رضایت کامل)، است که میانگین آن جهت بررسی درک پرستار و بیمار از رضایت بیمار از کنترل درد استفاده گردید. این ابزار از ابزارهای استاندارد بررسی رضایت از تسکین درد است که در کتب مختلف و مقالات ایرانی و خارجی به فراوانی از آن استفاده گردیده است (۱۷-۱۵).

اعتبار پرسشنامه به‌روش اعتبار محتوی از نوع ترجمه- بازترجمه انجام شد. بدین ترتیب ابتدا ابزار بررسی کیفیت کنترل درد توسط پژوهشگر ترجمه گردید. سپس متن ترجمه‌شده در اختیار دو نفر از اعضای هیئت علمی متخصص در زبان انگلیسی قرار داده شد که مجدداً آن را به زبان انگلیسی برگردانند<sup>۱</sup>؛ نتایج نشانگر تشابه بسیار عبارات با متن اولیه ابزار بود. سپس تمامی ابزارها برای بررسی روایی محتوایی و نیز مناسب بودن ابزارها از نظر ترجمه، نگارش و سازمان بندی در اختیار ۱۲ نفر از اعضای هیئت علمی دانشکده پرستاری مامایی شهید بهشتی رشت قرار داده شد که با کسب نتیجه ۰/۸ تا ۱ در بررسی شاخص اعتبار محتوی در ۳ حیطه مربوط بودن، واضح بودن و ساده و روان بودن تایید شد. البته پیشنهادات و نظرات آنها در زمینه آیین

نگارش عبارات در پرسشنامه اعمال گردید. همچنین پاییی ابزارها به روش آزمون مجدد سنجیده شد که با ضریب همبستگی ۰/۹۹ در پرسشنامه مربوط به پرستار و ۰/۹۸ در پرسشنامه مربوط به بیمار تایید شدند. جهت تجانس درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که در پرسشنامه مربوط به پرستار ۸۷ درصد و در پرسشنامه مربوط به بیمار ۹۴ درصد به‌دست آمد.

این مطالعه با رعایت کلیه اصول اخلاقی شامل ارائه توضیحات پیرامون اهداف پژوهش ضمن ارائه معرفی‌نامه کتبی به مسئولین محیط پژوهش، جمع‌آوری اطلاعات بدون قید نام و نام خانوادگی در پرسشنامه و با حفظ محرمانه‌بودن اطلاعات و پس از کسب رضایت‌نامه آگاهانه کتبی از همه بیماران جهت شرکت در مطالعه و تایید در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شد.

داده‌های پژوهش پس از گردآوری تحت نرم افزار SPSS، ویرایش ۱۶ تجزیه و تحلیل شدند. با توجه به اینکه فقط داده‌های مربوط به درک بیمار از کنترل درد از توزیع نرمال پیروی می‌کرد، بررسی ارتباط درک بیمار از کنترل درد با مشخصات فردی با استفاده از روش‌های آماری پارامتریک تی تست و آنوا انجام شد. داده‌های مرتبط با درک پرستار از کنترل درد، از توزیع نرمال پیروی نمی‌کرد. بدین لحاظ آزمون ویلکاکسون<sup>۲</sup> جهت مقایسه میانگین و انحراف معیار کسب‌شده توسط پرستار و بیمار از مراقبت ارائه‌شده مرتبط با درد در حیطه‌های محیط، اعتماد، ارتباط، فعالیت و کل درک از ارائه مراقبت و رضایت از تسکین درد، آزمون من ویتنی<sup>۳</sup> جهت بررسی ارتباط درک پرستار از مراقبت ارائه‌شده مرتبط با درد و بعضی مشخصات فردی، ارتباط درک پرستار و بیمار از رضایت بیمار از تسکین درد با تعدادی از مشخصات فردی، آزمون کوروسکال-

<sup>۲</sup> Wilcoxon<sup>۳</sup> Mann-Whitney U<sup>۱</sup> Back Translation

والیس<sup>۱</sup> جهت بررسی ارتباط درک پرستار از مراقبت ارائه‌شده مرتبط با درد با تعدادی از مشخصات فردی و بررسی درک پرستار و بیمار از رضایت بیمار از تسکین درد با سن، وضعیت استخدامی، سابقه کار، نوع جراحی، تحصیلات، نوع عمل جراحی استفاده گردید.

### یافته ها

یافته ها نشان دادند که اکثریت بیماران مورد پژوهش را مردان (۶۰٪)، در محدوده سنی ۵۰ تا ۶۰ سال (۳۸٪)، متاهل (۸۵٪)، دارای سواد خواندن و نوشتن (۴۹٪)، بدون سابقه بستری در بیمارستان (۵۴٪) و عمل جراحی (۵۵٪)، عدم سابقه درد قفسه سینه (۶۳٪) و مدت زمان کلامپ آئورت ۴۰ تا ۵۰ دقیقه (۳۶٪) تشکیل می‌داد و اکثریت پرستاران مورد پژوهش را زنان (۱۰۰٪)، در محدوده سنی ۳۰ تا ۴۰ سال (۳۸٪)، متاهل (۶۸٪)، شاغل در بخش مردان (۵۶٪)، دارای نوبت کاری در گردش (۹۶٪)، استخدام رسمی (۳۳٪)، سابقه کار کمتر از ۵ سال (۴۵٪)، سابقه کار بیشتر از یک سال در بخش جراحی قلب (۶۶٪)، بدون سابقه عمل جراحی (۷۵٪) تشکیل می‌داد.

در بررسی کلی یافته‌ها مشاهده می‌شود که حیطه ارتباط، از میان ۴ حیطه کیفیت کنترل درد، بالاترین میانگین و انحراف معیار درک پرستاران از مراقبت مرتبط با درد (۵۵±۰/۴۱) را دارا بود. در حالی که در نمونه‌های بیمار حیطه اعتماد و محیط در میان ۴ حیطه کیفیت کنترل درد، بالاترین میانگین و انحراف معیار نمره درک (۳/۹±۰/۹۳ و ۳/۹±۰/۸۶) را به خود اختصاص دادند. میانگین نمره درک پرستاران بر اساس نتایج آزمون آماری ویلکاکسون به‌طور معناداری بیش از میانگین نمرات درک بیماران از مراقبت ارائه‌شده مرتبط با درد در سه حیطه ارتباط

(۵۵±۰/۴۱) در مقابل (۳/۳±۰/۹۷)، فعالیت (۵۴±۰/۹۳) در برابر (۳/۰۵±۰/۹۲) و اعتماد (۴۸±۰/۴۸) در برابر (۳/۹±۰/۸۶) و کل درک از ارائه مراقبت (۴۹±۰/۳۷) در مقابل (۴۸±۰/۳۵) با  $p<0/001$  و همچنین درک از رضایت بیمار از تسکین درد (۹۷±۰/۸۷) در برابر (۸/۴±۱/۶۸) با  $p<0/028$  بود. در این میان آزمون ویلکاکسون تفاوت معناداری را بین میانگین نمرات درک پرستاران و بیماران در حیطه محیط از ابعاد کنترل درد (به‌ترتیب ۳/۹±۱ در برابر ۳/۹±۰/۹۳) نشان نداد (جدول ۱).

جدول ۱. مقایسه میانگین و انحراف معیار درک پرستار و بیمار از کیفیت کنترل درد و رضایت از تسکین درد

متغیر	بیمار	پرستار	نتیجه آزمون
کیفیت کلی کنترل درد	۳/۵۶±۰/۸۴	۴/۳۷±۰/۴۹	$p=0/001$
ارتباط	۳/۳±۰/۹۷	۴/۵۵±۰/۴۱	$p=0/001$
فعالیت	۳/۰۵±۰/۹۲	۴/۰۴±۰/۹۳	$p=0/001$
اعتماد	۳/۹±۰/۸۶	۴/۴±۰/۴۸	$p=0/001$
محیط	۳/۹±۰/۹۳	۳/۹±۱	$p=0/115$ NS
رضایت از تسکین درد	۸/۴±۱/۶۸	۸/۸۷±۰/۹۷	$p=0/028$

میانگین و انحراف معیار نمره درک پرستاران از کل مراقبت مرتبط با درد با اشتغال در بخش زنان ( $p<0/001$ ) در نوبت کاری صبح ( $p<0/001$ ) و سابقه جراحی (۴۵٪) بر اساس نتایج آزمون من ویتنی یو و همچنین میانگین و انحراف معیار درک پرستار از رضایت بیمار از تسکین درد با سن بالای ۴۰ سال ( $p<0/009$ ) و وضعیت استخدام قراردادی (۴۵٪) آنان بر اساس نتیجه آزمون کروسکال والیس ارتباط معنی‌دار مستقیم داشت. میانگین و انحراف معیار درک بیماران از مراقبت ارائه‌شده مرتبط با درد با سن بیش از ۷۰ سال ( $p<0/022$ ) تحصیلات ( $p<0/032$ ) بر اساس نتیجه آزمون آنوا و همچنین با جنسیت زن ( $p<0/001$ )، وضعیت تاهل

<sup>1</sup> Kruskal-Wallis H

(همسر فوت‌شده) ( $p < 0.025$ ) و عدم سابقه جراحی ( $p < 0.001$ ) بر اساس نتیجه آزمون تی مستقل دارای ارتباط معنی‌دار مستقیم بود. میانگین و انحراف معیار درک بیمار از رضایت از تسکین درد  $8/4 \pm 1/68$  بود که بر اساس نتیجه آزمون من ویتنی یو مردان ( $p < 0.015$ ) دارای سواد خواندن و نوشتن ( $p < 0.032$ ) با توجه به آزمون کروسکال والیس به‌طور معنی‌داری نمرات بالاتری داشتند.

جدول ۲، در ارزیابی جزئی‌تر یافته‌ها نشان می‌دهد که کمترین میانگین نمره درک پرستاران در عبارت «حداقل یک بار در صبح، بعد از ظهر و عصر درد بیمار با عددی بین ۱ تا ۱۰ اندازه‌گیری می‌شود»، در حیطه فعالیت ( $3/37 \pm 1/35$ ) بود. در مقابل بالاترین میانگین ( $4/76 \pm 0/6$ ) درک پرستاران در عبارت «امکان حفظ آرامش و راحتی لازم برای خواب کافی بیمار در شب»، در حیطه محیط مشاهده شد.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات درک پرستار و بیمار از مراقبت ارائه شده مرتبط با درد و حیطه‌های آن

بیمار	پرستار	عبارات	۴. حیطه
میانگین و انحراف معیار	میانگین و انحراف معیار		
$2/05 \pm 1/55$	$4/24 \pm 0/81$	۱. دادن اطلاعات لازم درباره نوع درمان درد بعد از جراحی در قبل از عمل	ارتباط
$3/85 \pm 1/16$	$4/7 \pm 0/44$	۱۱. اطلاع پرستاران از شدت درد و درمان دریافت شده در ابتدای هر شیفت	
$4/08 \pm 0/93$	$4/72 \pm 0/5$	۱۴. مشارکت پرستاران و پزشکان در درمان درد بیمار	
$2/65 \pm 1/73$	$3/86 \pm 1/28$	۲. صحبت درباره نحوه مطلوب درمان درد. بعد از عمل	فعالیت
$3/97 \pm 1/63$	$4/63 \pm 0/68$	۳. دریافت کمک و حمایت لازم برای حفظ راحتی در تخت برای جلوگیری از درد	
$4/13 \pm 0/92$	$4/31 \pm 1/26$	۶. پرسش در مورد درد حین تنفس عمیق و سعی در نشستن یا چرخیدن در تخت	
$1/46 \pm 1/18$	$3/37 \pm 1/35$	۷. تعیین شدت درد حداقل یک بار در صبح، بعد از ظهر و عصر با بیان عددی بین ۱ تا ۱۰ (یا علامتی روی یک خط راست)	
$3/87 \pm 1/07$	$4/59 \pm 0/58$	۵. دادن داروی مسکن حتی بدون درخواست	اعتماد
$3/75 \pm 1/2$	-	۸. کمک تا زمان ابراز رضایت از تسکین درد	
$4/16 \pm 0/88$	$4/69 \pm 0/46$	۱۲. اطلاع پرستاران از چگونگی درمان درد	
$4/15 \pm 0/88$	$4/55 \pm 0/67$	۱۳. باور دردم توسط پرستاران	محیط
$4/8 \pm 1$	$4/76 \pm 0/6$	۴. امکان حفظ آرامش و راحتی لازم برای خواب کافی در شب	
$3/78 \pm 1/23$	$3/91 \pm 1/3$	۹. اتاق دلپذیر و خوب در بیمارستان	
$3/86 \pm 1/01$	-	۱۰. وجود تعداد کافی پرستار برای هر بیمار جهت تسکین درد	

## بحث

یافته‌ها نشانگر کمترین میانگین نمره درک بیماران در عبارت «حداقل یک بار در صبح، بعد از ظهر و عصر درد بیمار با عددی بین ۱ تا ۱۰ اندازه‌گیری می‌شود»، در حیطه فعالیت بود. در مقابل بالاترین میانگین نمره بیماران در عبارت «امکان حفظ آرامش و راحتی لازم برای خواب کافی در شب» مشاهده می‌شود که در حیطه محیط قرار داشت.

یافته‌ها نشان داد که اکثریت بیماران مورد پژوهش را مردان ۵۰ تا ۶۰ سال تشکیل می‌داد. در حالی که اکثریت بیماران مورد پژوهش در مطالعه وودز و همکاران را زنان (۶۲٪) با میانگین سنی ۶۱ سال تشکیل می‌داد. این یافته نشانگر محدوده سنی نسبتاً پایین‌تر در نمونه‌های نیازمند جراحی پیوند عروق کرونر در پژوهش حاضر است. البته تفاوت اصلی در جنسیت نمونه‌های دو پژوهش است که معمولاً

مردان در سنین پایین‌تری در خطر ابتلا به بیماری‌های کرونری قلب می‌باشند (۱۸). در زمینه نمونه‌های پرستار، یافته‌های مطالعه حاضر و مطالعه ایدوال تقریباً مشابه بود. چنانچه اکثریت پرستاران در پژوهش حاضر را زنان ۳۰ تا ۴۰ سال تشکیل می‌دادند (۱۵).

یافته‌های پژوهش نشان داد که در کل میانگین نمره درک پرستاران از مراقبت ارائه‌شده مرتبط با درد در سه حیطه ارتباط، فعالیت و اعتماد و همچنین کل درک از ارائه مراقبت بالاتر از میانگین نمره درک بیماران بود. آزمون آماری ویلکاکسون نیز تمامی تفاوت‌های موجود در حیطه‌های ارتباط، فعالیت و اعتماد را معنی‌دار نشان داد. این یافته، به نظر پژوهشگر، به دلیل عدم وجود دستورالعمل تدوین شده در مراکز درمانی در زمینه بررسی سیستماتیک درد بیماران است که اتکای بیشتر افراد تیم درمانی به مغروضات و حدسیات خود را سبب می‌شود که این امر، با ایجاد فاصله بین پندار بیمار و پرستار همراه خواهد شد. البته عوامل دیگری چون کار زیاد، مسئولیت‌های متعدد و تعداد کم پرستاران نیز می‌توانند در این امر دخالت داشته باشند. برای مثال با توجه به اعلام سازمان نظام پرستاری در سال ۱۳۸۹ استاندارد نسبت تخت به بیمار، ۱ به ۱/۵ است (۱۹). در حالی که این نسبت در محیط پژوهش حاضر ۱ به ۰/۷۵ بوده است. از طرف دیگر در گروه بیماران، عدم آگاهی از حقوق خود و شاید اعلام کمتر درد به پرستاران و در نتیجه درک کمتر پرستاران از شدت درد آنان شده باشد. ملوتی<sup>۱</sup> و همکاران نیز در مطالعه خود با هدف بررسی توافق ارزیابی درد بین بیماران بستری و پرستاران بیمارستان بزرگ آموزشی دانشگاه بلوگنا در سال ۲۰۰۵ نشان دادند که تنها در نیمی از نمونه‌ها، بین گزارش پرستار و بیمار توافق وجود داشته است (۲۰). مطالعه ایدوال و همکاران در سودان نیز تفاوت موجود بین نمره

ارزیابی بیماران و پرستاران از کیفیت مراقبت را معنی‌دار نشان دادند (۱۵).

در نهایت بین رضایت بیمار از تسکین درد بعد از عمل جراحی پیوند عروق کرونر و درک پرستاران از رضایت بیماران اختلاف معنی‌داری وجود داشت. بدین ترتیب که پرستاران رضایت بیمار از تسکین درد بعد از جراحی پیوند عروق کرونر را به‌طور معنی‌داری بالاتر از خود بیماران ارزیابی کرده بودند. نتیجه فوق برخلاف پژوهش ایدوال و همکاران می‌باشد که میانگین نمره رضایت از تسکین درد در بیماران را بسیار بالاتر از میانگین نمره درک پرستاران از رضایت آنان نشان داده است (۱۵). این تفاوت ممکن است ناشی از تفاوت موجود در فرهنگ بیماران و تاثیر آن بر توقعات بیماران و یا درخواست اقدامات تسکین‌دهنده درد از گروه درمانی- مراقبتی در نمونه‌های تحقیق حاضر نمونه‌های مطالعه ایدوال باشد. کمترین نمره میانگین درک پرستاران در عبارت «حداقل یک بار در صبح، بعد از ظهر و عصر درد بیمار با عددی بین ۱ تا ۱۰ اندازه گیری می‌شود»، در حیطه فعالیت دیده شد. این یافته در راستای مطالعه ایدوال و همکاران با هدف مقایسه ارزیابی پرستار و بیمار از کیفیت اداره درد بعد از عمل، در سودان، بوده که نشان دادند در گروه پرستاران کمترین امتیاز به همین عبارت داده شده بود (۱۵). این نتیجه با توجه به نبود دستورالعمل رسمی و ابزار تاییدشده کاملاً قابل انتظار است. از طرف دیگر کار زیاد، مسئولیت تعداد زیاد بیمار و تعداد کم پرسنل توانسته موجب تمرکز اکثر پرستاران بر انجام دستورالعمل‌های صادره گردد، که نشانگر لزوم توجه ویژه به این اقدام در مراقبت از بیمار است. زیرا اندازه‌گیری مکرر و منظم درد به‌عنوان پنجمین علامت حیاتی، می‌تواند به ارتقای اداره درد حاد منجر شود (۱). در همین راستا فراهانی و همکاران در پژوهش خود بیان کردند که بیشترین مشکل در بررسی درد، عدم وجود ابزار

<sup>1</sup> Melotti

سنجش درد در بیمارستان و کافی نبودن وقت کارکنان جهت سنجش درد بوده است (۲۱). در مقابل بالاترین میانگین درک پرستاران در عبارت «امکان حفظ آرامش و راحتی لازم برای خواب کافی بیمار در شب»، در حیطه محیط مشاهده شد. این نتیجه شاید به دلیل قابل کنترل بودن بخش در شیفت شب توسط پرستاران و رفت و آمد کمتر در بخش باشد.

در بررسی کلی یافته‌ها مشاهده شد که حیطه ارتباط، از میان ۴ حیطه کیفیت اداره درد، بالاترین میانگین و انحراف معیار درک پرستاران از مراقبت مرتبط را دارا بود. در حالی که ایدوال و همکاران در مطالعه خود با هدف مقایسه ارزیابی پرستار و بیمار از کیفیت اداره درد بعد از عمل در سودان نشان دادند که کمترین میانگین نمره درک پرستاران از اداره درد بیمار در حیطه ارتباط بوده است (۱۵). این تفاوت می‌تواند به دلیل ارتباط بالای پرستاران در این مطالعه و یا انتظار بالاتر پرستاران در تحقیق ایدوال از ارتباط خود با بیمار باشد. درکل درک پرستاران از کل مراقبت مرتبط با درد، نشانگر نیاز به توجه و اقداماتی برای ارتقای کیفیت آن می‌باشد. میانگین انحراف معیار درک پرستار از رضایت بیمار از تسکین درد  $8/87 \pm 0/97$  بود. این یافته بیش از یافته مطالعه ایدوال و همکاران ( $7/8 \pm 1/9$ ) است که شاید به دلیل تفاوت در نمونه‌های این دو پژوهش باشد (۱۵). تحقیق حاضر بر روی نمونه‌های تحت جراحی خاص و برنامه‌ریزی شده انجام گرفت که شرایط را برای پرستاران آسان‌تر و اطمینان آنان را به نتیجه کار خود بیشتر می‌سازد. در حالی که پرستاران مطالعه ایدوال و همکاران در بخش‌های ارتوپدی، جراحی زنان و جراحی عمومی شاغل بودند که با طیف وسیع‌تر بیماران و احتمالاً با انواع اعمال جراحی اورژانسی در تماس بوده‌اند.

یافته‌ها نشانگر کمترین میانگین نمره درک بیماران در عبارت «حداقل یک بار در صبح، بعد از ظهر و

عصر درد بیمار با عددی بین ۱ تا ۱۰ اندازه‌گیری می‌شود»، در حیطه فعالیت بود. ایدوال و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که همین عبارت کمترین امتیاز داده شده توسط بیماران را داشته است (۱۵). این یافته باید مورد توجه خاص قرار گیرد، چرا که پرستار در مرحله بررسی درد دارای نقشی بسیار مهم و حساس است (۲). چنین یافته‌ای می‌تواند به دلیل عدم وجود ابزار و پروتکلی مدون برای بررسی درد در مراکز مراقبتی باشد، که این یافته نشانگر لزوم توجه ویژه به این اقدامات ضروری در مراقبت از بیمار است. در حالی که بررسی دقیق درد به دفعات مکرر با ابزارهای معتبر برای اطمینان از اداره ایمن، موثر و منحصر به فرد درد بیماران بعد از جراحی ضروری است (۱). در مقابل بالاترین میانگین بیماران در عبارت «امکان حفظ آرامش و راحتی لازم برای خواب کافی در شب» مشاهده می‌شود که در حیطه محیط قرار دارد. این یافته می‌تواند به دلیل کاهش نیاز به پیگیری‌های پاراکلینیکی و ویزیت‌ها، موارد کمتر تماس تلفنی و همچنین اختیار عمل بیشتر پرستاران در نوبت کاری شب باشد. در گروه بیماران حیطه اعتماد و محیط در میان ۴ حیطه کیفیت اداره درد، بالاترین میانگین انحراف معیار نمره درک بیماران را به خود اختصاص دادند. ایدوال و همکاران نیز در تحقیق خود نشان دادند که حیطه اعتماد بالاترین نمره بیماران را به خود اختصاص داده است. در مقابل حیطه محیط پس از حیطه ارتباط کمترین نمره داده شده توسط بیمار را دارا بود. این یافته شاید به علت تفاوت‌های احتمالی موجود در ساختار محیطی مراکز بیمارستانی در دو کشور سودان و ایران باشد (۱۵). در نهایت نتایج پژوهش نشانگر کسب میانگین و انحراف معیار  $3/56 \pm 0/84$  در درک بیماران از مراقبت ارائه شده مرتبط با درد بود. با توجه به این که میانگین کسب شده کمتر از  $4/5$  و بیش از  $2$  می‌باشد، نیازمند توجه و اقداماتی برای ارتقای کیفیت آن می‌باشد. در



تاثیر گذار بر نتایج مطالعه باشد که قابل شناسایی توسط پژوهشگر نبوده است.

### نتیجه گیری

اختلاف معنی دار موجود بین درک پرستار و بیمار از ارائه مراقبت مرتبط با درد در این تحقیق نشانگر لزوم توجه به برنامه ریزی مدون ارتقا دهنده جنبه های فردی و سازمانی مشارکت کننده در کنترل درد است و در راستای آن، بهبود ارتباط درمانی بیمار- پرستار می تواند در دستیابی به درک بهتر بیمار توسط پرستار کمک نماید.

یافته های پژوهش می تواند به برنامه ریزان آموزش پرستاری کمک نماید تا با تاکید بر اهمیت سنجش و کنترل درد بیمار توسط پرستار، آموزش شیوه های بررسی شدت درد و لزوم ثبت میزان درد بیمار در پرونده پزشکی آنان از دوران دانشجویی، صحت و دقت برآورد شدت درد بیماران را بهبود بخشند. البته با توجه لزوم وسعت بخشی به محتوای دروس تدریس شده در زمینه کنترل درد در دوران تحصیل پرستاری و همچنین وابستگی بسیار کنترل درد با نحوه ارتباط درمانی پرستار و بیمار، اختصاص تنها یک جلسه به مباحث مربوط به درد و ارتباط در دوره کارشناسی و کارشناسی ارشد، کفایت لازم را نخواهد داشت. از این رو اختصاص ساعاتی بیشتر به این مبحث با تاکید بر اصول ارتباط درمانی بیمار و پرستار پیشنهاد می شود.

نتایج پژوهش حاضر همچنین می تواند به مدیران امور مراقبتی و درمانی و سوپروایزرهای آموزشی کمک نماید تا با تشکیل کمیته پرستاری درد در بیمارستان و برگزاری جلسات مشترک و مداوم با مسئولین، کار برنامه ریزی، تدوین و تنظیم دستورالعمل ها و خط مشی ها، نحوه اجرا، نظارت و ارزشیابی جهت کنترل درد را مدیریت نمایند. درد باید به عنوان پنجمین علامت حیاتی در بیماران در نظر گرفته شده و مقیاس سنجش استاندارد و

این راستا پیگیری دقیق استانداردهای اداره درد ضرورت می یابد. چرا که در صورت توجه به ساختارهای سازمانی، نظیر پروتکل ها و راهبردهای مناسب، حتی روش های ساده، می توانند موجب کنترل موثرتر درد شوند (۱).

در پژوهش فعلی میانگین و انحراف معیار درک بیمار از رضایت از تسکین درد  $1/68 \pm 8/4$  بود. این میانگین نسبتاً بالا که تقریباً مشابه نمره رضایت نمونه های بیمار (۸/۷) در مطالعه ایدوال و همکاران است (۱۵)، با وجود میانگین نسبتاً پایین در درک از کنترل درد، شاید به دلیل انتظار عموم مردم از معمول بودن درد بعد از جراحی قلب و عدم آگاهی بیماران از استانداردهای اداره درد باشد. در همین راستا نتایج مطالعه نیک اندیش و همکاران با هدف بررسی شدت درد و رضایتمندی بیماران در ۲۴ ساعت نخست پس از عمل جراحی در زنان در بیمارستان دکتر شریعتی فسا نشان می دهد که  $64/5$  درصد رضایتمندی کلی از مهار درد پس از عمل داشته اند (۲۲). همچنین در تحقیق دیگری که توسط کلی<sup>۱</sup> انجام شد، ۷۰ درصد بیماران رضایت خیلی خوب و خوب را گزارش کردند؛ علی رغم اینکه هنوز درد را تجربه می کردند (۲۳). در مقابل، مطالعه انجام شده توسط توکلی و همکاران با هدف میزان رضایت بیماران از تسکین درد بعد از عمل جراحی در بیمارستان های آموزشی کرمان، نشان داد که  $70/55$  درصد بیماران از اداره درد بعد از عمل کاملاً ناراضی بودند و هیچ کدام از بیماران از اداره درد بعد از عمل جراحی رضایت کامل نداشتند (۱۶).

### محدودیت های مطالعه

مواردی چون تفاوت های فردی بیماران در مورد تحمل درد و وجود خستگی و وضعیت روحی غیر قابل تشخیص در پرستاران و بیماران می تواند از عوامل

<sup>۱</sup> Keli

مورد چگونگی ارتباط صحیح با بیماران از راهکارهای موثر در ارتقای کیفیت کنترل درد خواهند بود.

### تشکر و قدردانی

لازم به ذکر است که این مطالعه در قالب یک طرح مصوب و با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی گیلان انجام شده است. لذا پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که مراتب سپاس و تشکر خود را به معاونت محترم پژوهشی و کلیه بیماران و همکاران پرستار بخش جراحی مرکز آموزشی-درمانی دکتر حشمت شهر رشت که در این پژوهش سهمی انکار ناپذیر داشته‌اند، ابراز دارند.

مناسبی برای آن انتخاب شود. بنابراین استفاده از یک پروتکل استاندارد کنترل درد در بخش‌ها، قرارداد فرم سنجش درد در پرونده، تدوین قوانین و مقررات، خط مشی‌ها و روش‌های اجرایی سنجش درد در بیمارستان، آموزش کارکنان از طریق برگزاری کلاس، سمینار، اصلاح فرم ارزشیابی سالانه پرستاران و درج عبارات مخصوص به سنجش درد، تعدیل شیفت‌های کاری پرستاران، سنجش میزان توانمندی پرستاران در کنترل درد در بدو استخدام و در صورت نیاز بازآموزی، آموزش به پرستاران در

### References

1. Macintyre P, Scott DA, Schug SA, Visser E. Acute pain management: scientific evidence. 3<sup>th</sup> ed, Philadelphia: ANZCA and Faculty of pain medicine; 2010.
2. Burke k, Lemone P, Mohn B. Medical Surgical Nursing. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Prentice Hall co; 2008.
3. Berman A, Snyder S. Kozier and Erb's fundamental of nursing concepts, process and practice. 9<sup>th</sup> ed. New Jersey: Person education Inc; 2012.
4. Susan L, Erika S, Sandra A, Elizabeth J. Cardiac nursing. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; 2011.
5. Humphreys M. Nursing the Cardiac Patient. Uk: wiley-blackwell; 2011.
6. Babae G, Keshavarz M, Heidarnia A. Evaluation of quality of life in patients with coronary artery bypass surgery using controlled clinical trial. Acta Medica Iranica. 2007; 1(1): 69-74.
7. Smeltzer SC, Bare BG. Brunner & Suddarth's text book of medical-surgical nursing. 12<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott co; 2010.
8. Ferrell B. Ethical perspectives on pain and suffering. Pain management nursing. 2005; 6(3): 83-90.
9. Idemoto BK, Kresevic DM. Emerging nurse-sensitive outcomes and evidence-based practice in postoperative cardiac patients. American Journal of Nursing. 2007; 19(4): 371-384.
10. Taylor L, Lemone L. Fundamental of Nursing. The Art and Science of Nursing Care. 3<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott co; 2011.
11. Karampurian A, Amini B. Compare of patient & nurses perception of pain & acuity of pain in relation with drug usage in patient under coronary artery bypass surgery. Journal of Hamadan University. 2003; 1(1): 57-62. [Persian]
12. Carlson J. Is patient satisfaction a legitimate outcome of pain management? Journal of Pain and Symptom Management. 2003; 25(3): 45-52.
13. YazdiMoghadam H, Memarian R, Mohamadi E. The effect of pain management by nurse on the satisfaction rate of patient after abdominal surgery. Journal of Kerman University. 2006; 13(2): 121-128. [Persian]
14. Jaipaul CK, Rosenthal GE. Do hospital with lower mortality have higher satisfaction? American Journal of Medical Quality. 2003; 18(2): 59-65.
15. Idvall E, Hamrin E, Sjostrom B, Unosson M. Patient and nurse assessment of quality of care in postoperative pain management. Quality of Health Care. 2002; 11: 327-337.
16. Tavakoli A, Norouzi M, Hajizadeh E. Patients' satisfaction from pain soothing after the surgery in Kerman Hospitals. Journal of Kermanshah University. 2006; 11(2): 206-214. [Persian]

17. Stannard CF, Kalso E, Ballantyne J. Evidence-based chronic pain management. New Jersey: BMJI books wiley-blackwell; 2010.
18. Woods SL, Froelicher ES, Motzer SU. Cardiac Nursing. 6<sup>th</sup> ed. Philadelphia: Lippincott; 2010.
19. Nursing Organization Magazine, Promotion and upgrade of efficiency in nursing. New volume, 2010; 12(5). 19. [Persian]
20. Melotti RM, Boaz BG, Carosi F, Ricchi E, Chiari P, AndreaR, et al. Categories of congruence between inpatient self-reported pain and nurses' evaluation. European Journal of Pain. 2008; 11: 19-22.
21. Farahani P, Alhani F, Mohammadi E. Assessing the effects of establishing a nursing commission of pain management on empowering nurses within pain assessment process. Pajoohesh -e- Parastari. 2009; 4(14): 49-58. [Persian]
22. Nikandish R, Ghafari M. Evaluation of post-operative pain management in females in the first 24 hours after surgery. Journal of Medical Research. 2005; 3(3): 120-131. [Persian]
23. Kelly AM. Patient satisfaction with pain management does not correlate with initial or discharge, or change in VAS score in the emergency department. Journal of Emergency Medicine. 2000; 19(2): 113-116.

## Comparison of the Nurse's and Patient's Perception on Quality of Pain Control in Patients under Coronary Artery Bypass Graft

Moghadas T<sup>\*1</sup>, Baghaei M<sup>2</sup>, Kazemnezhad E<sup>3</sup>, Momeni M<sup>4</sup>, SedghiSabet M<sup>2</sup>

1. M.Sc. in Nursing Education, Faculty Member of Islamic Azad University of Tonekabon, Tonekabon, Iran.
  2. M.Sc. in Nursing Education, Faculty Member of school of Rasht's Shahid Beheshti Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran
  3. Ph.D. in Biostatistics. Assistant Professor, Faculty Member of school of Rasht's Shahid Beheshti Nursing and Midwifery, Guilan University of Medical Sciences, Rasht, Iran.
  4. M.Sc. in Nursing Education, Faculty Member of, school of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences Qazvin, Iran.
- \* *Corresponding author.* Tel: +989111349718 E-mail: [t.moghadas@gmail.com](mailto:t.moghadas@gmail.com)

Received: 23 Sep 2013 Accepted: 1 Feb 2014

### ABSTRACT

**Background & Objectives:** Pain control is a major challenge for nurses. Nurses need to be skilled in pain assessment and its relief and be able to perceive patient's expectations or misinterpretations. With regard to importance of congruence between patient and nurses perception on pain control, this study was conducted with the aim of comparison of nurses and patient's perception on quality of pain control in patient under coronary artery bypass graft.

**Methods:** This comparative cross-sectional study was conducted on 108 patients undergoing coronary artery bypass graft, and nurses that were responsible of care of them in Dr. Heshmat Hospital of Rasht in 2011. Data was gathered by a 3-part tool consisted of demographic data questionnaire, standard questionnaire of pain control and numeric rating scale for patient satisfaction. Sampling was done by sequential method Data were gathered by observing the patient's medical record information and interviewing with patients and their nurses. Gathered data was analyzed by descriptive and inferential (ANOVA, Spearman, T-test and Wilcoxon) statistical tests in SPSS v.16.

**Results:** Findings revealed that, mean of perception on total pain related care and all of its subsets, exception of environment subset, in nurses was significantly higher than patients ( $p < 0.001$ ). Also, the mean of nurse's perception on patient's satisfaction of pain control was significantly higher than patient's perception. ( $p < 0.028$ ).

**Conclusion:** The significant differences between patients' and nurses' perceptions of pain control in this research highlights the need for special planning in the aim of standardization of pain control and improving protocols for effective nurse-patient relationship and proper perception of patient's needs by nurses.

**Keywords:** Pain Control, Patient Satisfaction, Nurse, Coronary Artery Bypass Graft